

決 裁	課 長	担 当	資格区分	1	2	家
			費用額	円		
	年 月 日決定		支給額			

# 記入例

ご確認ください。  
領収書は原本を添付して  
ください。

## 乳房エコー検診助成費支給申請書

様式第41号

受 け た 検 診 者	被保険者証	記号	86-001	番号	1234
	フリガナ	イシ ハナコ			
	氏名	医師 花子			
	生年月日	昭和・平成	〇〇年	〇〇月	〇〇日生
乳房エコー検診を受けた医療機関名等 (自己の所属医療機関等を除く)		名称	〇〇〇クリニック		
		所在地	東京都千代田区〇〇〇 1-1-1		
検診を受けた日		令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日			
検診に要した費用の額		3,780 円			
<p>上記乳房エコー検診費用の助成について、別紙領収書を添えて申請します。</p> <p>令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ← 記入日を記入してください。</p> <p>住所 東京都中央区〇〇〇 1-1-1</p> <p>※ 組合員 氏名 医師 花子 ← 家族の方が受けられた場合も組合員のご署名です。</p> <p>電話 03 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇 番</p> <p>東京都医師国民健康保険組合理事長殿</p>					

(注)

1. 乳房エコー検診を受ける医療機関は、自己の所属する医療機関ではないこと。
2. この申請書の提出には、当該医療機関が発行する受診者名・乳房エコー検診の記載がある「領収書」が必要です。
3. 受診後、1ヶ月以内にご請求ください。
4. 当組合の被保険者で、検診の日現在、30歳から49歳までの女性が対象となります。

送 金 指 定 先	銀行名	〇〇〇 銀行 〇〇〇 (支店)・本店								
	銀行コード	〇	〇	〇	〇	支店コード	〇	〇	〇	〇
	口座種別	普通・当座		口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇					
	フリガナ	イシ ハナコ								
	口座名義人	医師 花子								

※組合員と口座名義人が、異なる場合のみ記入してください。

乳房エコー検診助成費の受領を\_\_\_\_\_に委任します。

住所(申請書に同じ)

氏名\_\_\_\_\_ (印)

東京都医師国民健康保険組合理事長殿

処 理 欄	整理 No.	処理簿	(執行印)	(処理印)	(受付印)
	この欄は、書類を申請された組合員の方と口座名義人が、異なる場合だけ、記入・押印してください。				